Aus der Inneren Abteilung des Landkrankenhauses
Detmold.
Leitender Arzt: Priv.-Doz. Dr. Kretschmer.

Über die interne Behandlung des chronischen Magengeschwürs.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
EINER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT ROSTOCK

vorgelegt von
Hans Fischer
aus Naumburg.

Göttingen
Gedruckt bei August Schönhütte & Söhne, Grone-Göttingen
1932

Referent: Prof. Dr. Hans Curschmann.

Tag der mündlichen Prüfung 12. X. 1932

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die vorliegende statistische Arbeit umfaßt ein Material von 59 Fällen, die in den Jahren 1927 — 31 in der Inneren Abteilung des Landkrankenhauses Detmold internistisch behandelt wurden. Die verhältnismäßig klein erscheinende Anzahl der veröffentlichten Ulcusfälle erklärt sich aus der Tatsache, daß in vorliegender Statistik nur Fälle aufgenommen worden sind, bei denen die Diagnose »Magengeschwür« röntgenologisch einwandfrei zu stellen war.

Fälle von »Ulcusverdacht« oder »nicht sicherem Ulcus« wurden nicht berücksichtigt.

Obwohl Mattisson in seiner großen Arbeit über das Magengeschwür ein solches Verfahren tadelt und der Meinung ist, daß das Material einer Statistik bei einer derartigen Behandlung Gefahr läuft, einseitig zu werden, so haben wir uns doch zu dieser Methode der Auswahl entschlossen. Der Standpunkt Mattisson's mag für sein eigenes Material, das teilweise aus einer Zeit stammt, in der die Röntgendiagnostik des Ulcus, gemessen am Stand der heutigen, noch verhältnismäßig unentwickelt war, zutreffen.

Wir nahmen den kleinen Fehler der Auswahlmethode mit in Kauf. Wir vermieden dadurch den weit größeren, der durch Aufnahme aller unter der Diagnose Ulcus(?) laufenden Fälle entstanden wäre. Wir berufen uns dabei auf v. Bergmann, der betont, das Ulcera mit längerer Schmerzanamnese, aber negativem Röntgenbefund an Magen und Duodenum zu den Seltenheiten gehören.

Die Einwirkung der internen Ulcusbehandlung auf den Verlauf des Magengeschwüres wurde durch eine Rundfrage ermittelt. Von den 59 versandten Fragebogen wurden 40 ordnungsgemäß uns wieder zugesandt.

Häufigkeit des Magengeschwüres.

Über die Häufigkeit des Magengeschwüres existieren eine Reihe von Statistiken, teils pathologisch-anatomischer, teils klinischer Art. Es liegt auf der Hand, daß der Wert solcher Statistiken nur ein bedingter sein kann. Vorteile und Nachteile sind bei beiden Arten zu finden. Der pathologisch-anatomischen werden alle die Ulcusfälle entgehen, die ohne oder nur mit geringfügiger Zurücklassung von Narben ausheilen. Die klinische Statistik wird je nach dem Stande der jeweiligen Ulcusdiagnostik mehr oder weniger sichere Ulcusfälle erfassen. — Latente Ulcera z. B. sind zwar autoptisch faßbar, klinisch aber nicht erkennbar.

Von umfassenden pathologisch-anatomischen Statistiken seien die von Oberndorffer mit 14 %, Hart mit 10,9 %, Musa mit 12 %, Lehmann mit 20,2 % Ulcushäufigkeit unter sämtlichen Sektionen genannt. Schmidtgall konnte dagegen nur von 3 % bei seinem Sektionsmaterial berichten, ein Unterschied, der sich nicht sicher, vielleicht zum Teil aus regionären Verhältnissen der Morbidität erklären läßt.

Naturgemäß liegen die Ziffern der klinischen Statistiken viel niedriger, Greenough und Joslins geben 1,4 % Häufigkeit des Ulcus im gesamten Krankenmaterial an, andere Autoren noch weniger.

An unserer Abteilung wurde in den Jahren 1927 bis 1931 59 mal die Diagnose »Ulcus« gestellt bei einer Belegziffer von 5400 Patienten, was etwa einer Häufigkeit von 1 % entspricht.

Häufigkeit in verschiedenen Altersstufen.

Es weichen auch hier pathologisch-anatomische und klinische Statistiken in ihren Ergebnissen voneinander ab. Sie stimmen nur überein in ihren Aussagen über die Morbidität der Kinder an Ulcus. Theile sieht in seiner Zusammenstellung des Sektionsmaterials nur vereinzelte Fälle von Magengeschwür in und nach dem 5. Lebensjahre bis zu Beginn der Pubertät.

Während bei Erwachsenen die größte Frequenz des Magengeschwürs in pathologisch-anatomischen Statistiken in das 5. — 7. Jahrzehnt fällt, (Oberndorffer, Hart, Lehmann und Musa) findet sich nach klinischen Statistiken von Rütimeyer, Krogius, Holler, Bolton, Mattisson, die größte Häufigkeit im 2. und 3. Jahrzehnt.

Unsere eigene Statistik (s. Seite 15) ergibt dieselben Resultate, wie die der angefürten Autoren. Von 59 Patienten befanden sich 33 im 2. Jahrzehnt.

Erstauftreten der Beschwerden.

Bei einer Übersicht über das Erstauftreten der Ulcusbeschwerden wird man Ungenauigkeiten mit in Kauf nehmen müssen, die dadurch entstehen, daß einige Patienten sich des Zeitpunktes des Symptomenbeginns nicht genau erinnern können, während bei anderen schon leicht dyspeptische Symptome als Ulcusbeschwerden verzeichnet werden. Ebenso werden viele Fälle eingewiesen, die trotz bestehenden Magengeschwürs lange Zeit symptomlos gewesen sind. Diese Erwähnung der statistischen Unzulänglichkeiten sei vorausgeschickt, bevor mitgeteilt werden kann, daß bei unserem Material die Frequenz der an Ulcus Ersterkrankten am größten im Alter von 20 — 25 Jahren ist (s. Seite 15). Von 59 Patienten erkrankten 27 zum ersten Male in diesem Alter.

Trauma und Magengeschwür.

Es ist hier nicht der Ort, auf die Theorien, die über die Entstehung des Magengeschwüres existiren, näher einzugehen. Es soll vielmehr ein Beitrag geliefert werden zum Thema »Ursächlicher Zusammenhang des Magengeschwüres mit vorausgegangenem Traum.«

In der medizinischen Literatur ist die Entstehung von Magengeschwüren durch von außen einwirkende Gewalt wiederholt beschrieben und durch Obduktionsbefunde bestätigt worden.

Schon im Jahre 1856 beschrieb Potain einen Fall von posttraumatischem Magengeschwür. Nach ihm häuften sich die Berichte über Fälle dieser Art. Derouet, Leube, Krönlein, Jessen, Jaekh, Thoinot, Raneletti, Thieme, Krämer, Edelmann, Strauß, v. Bergmann, Mattisson konnten alle Beispiele anführen die geeignet waren, die Annahme von der traumatischen Entstehung eines Magengeschwüres zu beweisen. Gegenwärtig stehen wohl die meisten Kliniker auf dem Standpunkt v. Bergmann's, der schreibt »an der Möglichkeit einer traumatischen Entstehung in Einzelfällen kann kaum gezweifelt werden.«

Über die Ursache der Ulcusentstehung herrscht noch keine Einigkeit. So glauben z.B. Torn und Richardiére eine schon vor dem Trauma bestehende Hyperacidität dafür verantwortlich machen zu müssen, Edinger hingegen ist der Ansicht, daß gerade durch eine Läsion des Pylorusteils des Magens eine vermehrte sekretorische Tätigkeit und Hyperacidität hervorgerufen werden kann, die die Ulcusentstehung begünstigen.

Was die Diagnose des posttraumatischen Ulcus betrifft, so wird von Petit gefordert, daß die zwischen dem Trauma und dem Auftreten der Symptome liegende Zeit keinesfalls mehr als einige Wochen betragen dürfe. Als weitere Stütze der Diagnose betrachtet Petrén das für das gewöhnliche, nicht posttraumatische Ulcus typische Symptomenbild und die manifeste Blutung in der Anamnese oder dem Status präsens. Daß vor dem Trauma keinerlei Ulcussymptome bestanden haben dürfen, ist selbstverständlich.

Anschließend sei über einen Fall von posttraumatischem Magengeschwür, unserem statistischen Material entnommen, berichtet.

R. G. 38 J.

Branddirektor, wurde am 23. 11 29. in das Krankenhaus aufgenommen. Noch nie Magenbeschwerden gehabt. Am 31. 10. 29 hatte er einen Unfall bei einer Feuerwehrübung erlitten, dadurch, daß eine Motorspritze vom Fahrgestell abrutschte und ihn umwarf. Die Spritze fiel ihm auf den Leib. Der Pat. erlitt dabei auch eine Quetschung der rechten Hand, die er zum Schutze vor den Leib hielt. Sofort nach dem Unfall Appetitlosigkeit ohne besondere Beschwerden. Dann Wohlbefinden bis zum 20. 11. In der Nacht

vom 20. bis 21. 11., also 3 Wochen nach dem Unfall, heftige Leibschmerzen, die bis gegen Mittag fortdauerten. Appetitlosigkeit und zum ersten Male schwarzer Stuhl beobachtet. Am 23. 11. nachmittags Schwurgerichtsverhandlung. Pat. kollabierte während der Verhandlung, in der er schwer angegriffen wurde. In der Nacht vom 23. zum 24. 11. Bluterbrechen und heftige Magenschmerzen. Keine Obstipation. — Einlieferung ins Krankenhaus.

Der röntgenologische Befund vom 20. 12. ergab: Normale Magenfüllung, kleine Magenblase, winkelförmiger Magen, sofortige Entleerung in das Duodenum bei regelmäßiger Peristaltik im Antrumteil. Antrum pylori an der Seite der kleinen Curvatur gradlinig begrenzt. Rasche Duodenalpassage. — Nach 10 Minuten 2fingerbreiter Fundusrest in lebhafter Peristaltik, 2-handhohe Saftschicht, unterhalb der Magenblase talergroßer Breifleck, von dem aus sich einzelne Breistreifen zum Fundus ziehen, neben dem Pylorus ein schmaler, horizontaler Breistreifen.

Nach $2^1/_2$ Stunden kleiner Fundusrest in lebhafter Peristaltik. Duodenalfleck. Nach 4 Stunden derselbe Befund.

Nach 24 Stunden Colon im ganzen gefüllt, zum Teil starke peristaltische Einziehungen.

Die fraktionierte Ausheberung nach Coffeintrank ergab eine hyperacide Kurve und eine Sekretionsdauer von 120 Minuten.

Der Fall reagierte typisch auf eine eingeleitete Ulcuskur nach Kalk. Der Patient hat nach der Krankenhausbehandlung nie mehr über Magenbeschwerden zu klagen gehabt.

Ob die Aufregung während der Schwurgerichtsverhandlung, der Kollaps und das in derselben Nacht erfolgende Bluterbrechen in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können, ist mit Gewißheit nicht zu sagen, doch spricht ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit dafür. Es widerspräche nicht der v. Bergmann'schen neurogenen Theorie von der Entstehung des Ulcus, wenn wir die außergewöhnliche Erregung des Patienten als auslösendes Moment für die bald darauf einsetzende Blutung ansähen.

Bei dem über diesen Patienten angeforderten Gutachten mußte die Frage, ob die Magengeschwürserkrankung auf einen Betriebsunfall zurückgeführt werden könne, bejaht werden. Sicherlich stellt dieser Fall eines der selteneren Vorkommnisse in der Statistik der Unfallversicherung dar.

Anamnestische Übersicht des Materials.

Moyniham ging in seinen viel zitierten Veröffentlichungen, in denen er den Beweis zu führen versuchte, daß die Behandlung des Zwölffingerdarmgeschwüres allein in die Hände des Chirurgen gelegt werden müsse, von der Annahme aus, daß einige subjektive Symptome in der Anamnese typisch für ein Ulcus duodeni wären. Auf die objektive Untersuchung wollte Moyniham weniger

Wert gelegt wissen. Typische Symptome waren für ihn der Hunger- oder Spätschmerz, der Nachtschmerz, die manifeste Blutung und der periodische Verlauf der Krankheit. Seine Lehre sollte nicht lange unwidersprochen bleiben. Faber, Kemp und Faulhaber konnten nachweisen, daß die genannten Symptome auch für das pylorusnahe Magengeschwür ihre Gültigkeit behielten. Außerdem hielten Faber und Kemp die Superacidität und die Motilitätsstörungen des Magens für typische Symptome des Ulcus iuxta-pyloricum.

Noch einen Schritt weiter ging Borgbjaerg, der in seiner Arbeit über das Geschwür der kleinen Curvatur alle die oben erwähnten Symptome auch für diese Geschwürsart in Anspruch nahm.

Zur Zeit steht die Mehrzahl der Forscher auf dem Standpunkt, auf dem auch Mattisson auf Grund der Ergebnisse seiner umfassenden Statistik steht, daß es sichere differentialdiagnostische Unterschiede zwischen Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi und Ulcus iuxta-pylorici nicht gibt. v. Bergmann rät deshalb, besser allgemein von Magengeschwürskrankheit zu reden. Auch er weist immer wieder auf den Wert der anamnestischen Erhebungen bei Ulcusverdacht hin und sagt »es ist unstreitig, daß unter allen Verdachtsmomenten auf ein Ulcus die Beschwerden des Kranken oder noch weiter gefaßt, die Anamnese das wichtigste ist«.

Wir haben die aus der Anamnese ersichtlichen typischen Ulcussymptome in einer tabellarischen Übersicht s. Seite 16 zusammengefaßt, wobei wir die anamnestische Übersicht geteilt haben in Fälle mit und solche ohne Blutung (s. Seite 16) in der Anamnese oder dem Status präsens. Es ist dieses deshalb geschehen, weil vor einigen Jahren einzelne Autoren noch der Ansicht waren, daß ein Magengeschwür nur dann als vorhanden anzusehen ist, wenn es blutet (Boas). Wir können aus der tabellarischen Gegenüberstellung ersehen, daß im anamnestischen Verlauf des Ulcus kein Unterschied etwa in der Art besteht, daß dem blutenden eine sogenannte typische, dem nicht blutenden keine typische Ulcusanamnese zukommt, Im Gegenteil, wir konnten beobachten, daß bei einigen blutenden Magengeschwüren die Anamnese völlig atypisch verlief. Insbesondere trifft dies zu für die Fälle mit Haematemesis, die wir in einer besonderen Tabelle berücksichtigt haben. Auch der typische Ulcusschmerz, sonst selten vermißt, fehlte bei 5 von den 12 Patienten mit Haematemesis, während wir ihn bei unserem Material nur noch ein einziges Mal bei den Fällen ohne Bluterbrechen nicht angetroffen haben. v. Bergmann geht so weit, daß er von einer anamnestischen Gegensätzlichkeit der blutenden zu den nicht blutenden Ulcera spricht. »Hier oft überhaupt keine Beschwerden, dort typische Ulcusanamnes.« Er erklärt das Nichtvorhandensein bzw. Schwinden der Schmerzen so,

daß einmal durch den Blutverlust die Schleimhaut abschwillt, zum anderen durch den Aderlaß eine Umstimmung des Organismus verursacht wird. Das Fehlen von okkulten und manifesten Blutungen ist nichts, was uns berechtigt, ein Ulcusleide auszuschließen (v. Bergmann).

Bei unseren Patienten war 34mal keine Blutung nachzuweisen, 25mal war sie vorhanden.

Über die interne Ulcustherapie und ihre Erfolge.

Bevor wir uns unserem eigenen Ulcusmaterial zuwenden, soll versucht werden, in Kürze einen Überblick über die Entwicklung der internen Therapie bei der Behandlung des Magengeschwürs zu geben.

Wir finden schon in den Schriften des Hippokrates therapeutische Ratschläge für die Behandlung des Morbis niger, dem unser Begriff »Magengeschwür« am meisten entspricht, angegeben; auch Celsus scheint die Magenkrankheit gekannt zu haben. Beide wollten durch Schonungstherapie die Krankheit zur Heilung bringen.

Derjenige, auf dessen umfassenden anatomischen und klinischen Arbeiten die ganze Lehre von der internen Behandlung des Magengeschwüres fußt, ist Cruveilhier. Er hat die Behandlung des Magengeschwüres so gründlich betrieben und beschrieben, daß alle späteren Autoren nur Abarten seiner Behandlungsmethoden angeben konnten. Cruveilhier verordnete Milch neben der sonstigen Schonungstherapie als Hauptnahrungsmittel, weil er den Magen so am schnellsten zur Ruhe bringen wollte.

Durch die Einführung des Magenschlauches wurde man über die Säureverhältnisse im Magen unterrichtet, Ziemssen, Kußmaul und später noch ausschließlicher v. Leube nahmen deshalb den Gebrauch von Alkalien mit in ihre Diätbehandlung auf. (Unsere Säurewerte s. Seite 17)

Lenhartz ernährte zum Unterschied von Leube die Patienten in den ersten Tagen der Kur reichlicher, die Erfolge waren bei beiden Methoden gut.

Die Fleischsolution in den Diätschemen von Leube und Lenhartz wurde nach den Forschungsergebnissen Pawlow's durch die Fettnahrung ersetzt. Es wurde jetzt von vielen Klinikern (Strauß, Jarotzky, Petrén) Gebrauch von kalter Butter oder Rahm gemacht.

Sippy behandelt mit großen Dosen von Alkali und gibt anfänglich reichlich Milch und Sahne. Auch die von Cohnheim eingeführte Öltherapie erfreute sich früher größerer Beliebtheit.

Was die medikamentöse Therapie des Ulcus anlangt, so wird sie jetzt an den meisten Kliniken nur noch als Ergänzung der diätetischen angewandt. Eine gewisse Ausnahme macht, wie erwähnt, Sippy, der in der sauren Reaktion einen die Heilung

hemmenden Faktor sehend, bei seiner Kur von dem Gedanken ausgeht, überhaupt keine aktuelle Acidität im Magen aufkommen zu lassen.

Die Mehrzahl der Kliniker ist anderer Ansicht und verordnet Alkalien nicht planmäßig, sondern nur im Moment des Schmerzes. Strauß und ähnlich v. Bergmann stellen sich die Wirkung der Alkalidarreichung so vor, daß ein acidogener Pylorospasmus bekämpft wird, sodaß nicht nur eine Lösung des spastisch kontrahierten Pylorus, sondern anch ein Abstrom rentenierter, die Magenwände spannender Luft erfolgt.

Das Atropin, bereits vom dänischen Kliniker With 1881 gebraucht, wird wegen seiner schmerzstillenden Wirkung gern verordnet. Es ist ein parasympaticuslähmendes Mittel und hebt die Schmerzen dadurch auf, das es die Neigung zu Kontraktionen und Spasmen am Magen herabsetzt. Wichtig für die Verordnung ist, daß das Atropin in solchen Dosen verabreicht wird, daß sich leichte Akkomodationsstörungen und Trockenheit im Mund bemerkbar machen. »Setzt das Atropin nicht den Tonus im Sphincter irridis herab und verringert es nicht die Speichelsekretion, darf man die analogen Wirkungen auf den Magenmuskel und die salzsäuresezernierenden Drüsen nicht erwarten.« (v. Bergmann)

Die parenterale Proteinkörpertherapie wurde 1922—23 von Pribram und Holler eingeführt. Pribram verwendete das Novoprotin. Einige Autoren, unter ihnen v. Bergmann und Kalk haben von dieser Therapie keine Erfolge sehen können. Als mein Chef, Herr Priv. Doz. Dr. Kretschmer, die Novoprotintherapie bei uns einführte, konnte er sich auf die Erfolge, die er mit diesem Präparat in seiner Berliner Praxis gehabt hatte, berufen. Auch wir hatten anfänglich sehr gute Erfolge zu verzeichnen. Die Schmerzen hörten fast spontan auf. Damals traten etwa eine halbe Stunde nach der Injektion heftige Schüttelfröste und Fieberanstieg auf. Kurze Zeit darauf änderte sich scheinbar das Präparat, Fieberanstieg und Schüttelfrost wurden in keinem Falle mehr beobachtet und damit hatte das Präparat auch die gute und prompte Wirkung verloren, sodaß wir heute von Erfolgen der Novoprotintherapie nicht sprechen können. Eine damals an die Firma gerichtete Anfrage über den Grund des Ausbleibens der Schüttelfröste und des Fiebers wurde von dieser dahingehend beantwortet, daß eine Änderung des Präparates nicht vorgenommen sei. Trotzdem besteht für uns kein Zweifel, daß grundlegende Abweichungen eingetreten sind. Wir haben, da wir das Fieber als eine wesentliche Ursache des Erfolges der Novoprotintherapie ansahen, 7 Patienten. die sich gegen die gewöhnliche Ulcustherapie refraktär verhielten, mit intravenösen Pyriferinjektionen behandelt und damit recht gute Erfolge erzielt. Nach einigen Injektionen besserten sich die Magenschmerzen auffallend,

— Fieberanstieg und beschleunigtes Schwinden der Beschwerden nach Novoprotininjektionen wurden bei 5 Patienten beobachtet, bei 15 Patienten wurde eine Novoprotinkur gemacht, ohne daß sich Veränderungen der Temperaturkurven und bedeutende Besserung der Beschwerden zeigten.

Bei dem großen Aufschwung, den die Bauchchirurgie im vorigen Jahrhundert erlebte, stieg die Zahl der veröffentlichten Statistiken über die erfolgreiche chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und man glaubte ernstlich, daß die Behandlung des Ulcus dem Chirurgen vorbehalten bleiben sollte. —Erst als v. Leube 1897 dem Deutschen Chirurgenkongreß seine Statistik über Dauererfolge der internen Therapie bei Ulcus vorlegen konnte, schien sich eine Wandlung anzubahnen. Die Statistiken, die von den internen Erfolgen sprachen, mehrten sich. Es würde zu weit führen, auf sie näher einzugehen. Es ist deren eine große Zahl veröffentlicht worden, die größten stellen die von Wirsing, Delmasure, Friedenwald, Nielsen, Morawitz, Bahn und Ruschen und Mattisson dar. Der Prozentsatz der bei Rundfragen wiedergefundenen Patienten bewegt sich bei diesen Statistiken etwa um 60 %. Die von der Entlassung der Fälle bis zur Nachuntersuchung bzw. Umfrage verstrichene Zeit, die Karenzzeit, beträgt für die Mehrzahl der angeführten Statistiken mindestens 1—2 Jahre, bei Friedenwald und Mattisson mindestens 5 Jahre. Etwa 50—60 % der statistisch erfaßten Fälle waren frei von Magenbeschwerden nach Ulcustherapie geblieben. Goette und Peters konnten in ihrer Arbeit »Zur Frage der Heilungstendenz des Ulcus Duodeni« über nicht so günstige Erfolge berichten. Von 45 Patienten waren knapp ein Viertel 2 Jahre nach der Behandlung noch beschwerdefrei.

Erfolge unserer Ulcuskuren.

Unsere Patienten wurden am häufigsten mit der Kalk'schen Diät, weniger häufig mit der Leube-Lenhartz-Diät, vereinzelt mit der Sippy-Kur behandelt.

Die von Kalk angegebene Diät besteht aus:

1. Tag: Intravenös 50 % Traubenzuckerlösung 3mal 20 ccm.
   Tropfeinlauf 5,4 % Invertzuckerlösung 1000 ccm.
2. Tag: Intravenös 50 % Traubenzuckerlösung 3mal 20 ccm.
   Tropfeinlauf 5,4 % Invertzuckerlösung 1000 ccm.
   5 % Rohrzuckerlösung (per os) 200 ccm.
3. Tag: Intravenös 50 % Traubenzuckerlösung 3mal 20 ccm.
   Tropfeinlauf 5,4 % Invertzuckerlösung 1000 ccm.
   5 % Rohrzuckerlösung (per os) 400 ccm.
4. Tag: Intravenös 50 % Traubenzuckerlösung 3mal 20 ccm.
   Tropfeinlauf 5,4 % Invertzuckerlösung 1000 ccm.
   5 % Rohrzuckerlösung (per os) 400 ccm.

5.Tag u.6. Tag kann nach Verordnung nach 1000 ccm Tropfeinlauf und 200 ccm Rohrzuckerlösung gegeben werden.

5. Tag:	1. Frühstück:	100 g Milch,
	2. „	100 g Haferschleim
	Mittags:	100 g Mondaminbrei
	Nachmittags:	100 g Milch
	Abends:	100 g Haferschleimsuppe
6. Tag:	1. Frühstück	150 g Milch
	2. „	200 g Haferschleimsuppe
	Mittags;	200 g Mondaminbrei mit 15 g Zucker
	Nachmittags:	150 g Milch
	Abends:	200 g Haferschleimsuppe, 1 Ei
7. Tag:	1. Frühstück	150 g Milch
	2. „	300 g Haferschleim, 1 Ei
	Mittags:	200 g Griesbrei
		200 g Haferschleimsuppe
	Nachmittags	150 g Milch
	Abends:	200 g Mondamin mit 15 g Zucker, 1 Ei.
8. Tag:	1. Frühstück:	150 g Milch 2 Zwieback
	2. „	300 g Haferschleim, 1 Ei
	Mittags	200 g Haferschleim
		200 g Griesbrei
	Nachmittags:	150 g Milch
	Abends:	200 g Mondamin mit 15 g Zucker, 1 Ei
9. Tag:	1. Frühstück:	150 g Milch, 1 Zwieback
	2. „	300 g Haferschleim, 1 Ei
	Mittags:	200 g Haferschleim
		400 g Griesbrei mit 20 g Butter
	Nachmittags:	150 g Milch, 1 Zwieback
	Abends:	200 g Mondaminbrei, 1 Ei
10. Tag:	1. Frühstück:	100 g Milch, 2 Zwieback
	2. „	300 g Haferschleim, 20 g Butter, 1 Ei
	Mittags;	200 g Haferschleim
		400 g Gries-Reis- oder Haferbrei, 10 g Butter
	Nachmittags	150 g Milch, 2 Zwieback
	Abends:	200 g Mondamin, 20 g Zucker, 1 Ei
11. Tag:	1. Frühstück:	150 g Milch, 3 Zwieback
	2. „	300 g Schleim, Gries- oder Hafersuppe mit 30 g Butter, 1 Ei
	Mittags:	200 g Haferschleim
		400 g Griesbrei oder Reis- oder Haferbrei, 10 g Butter
	Nachmittags:	150 g Milch, 3 Zwieback
	Abends:	200 g Mondamin, 20 g Zucker, 1 Ei
12. Tag:	1. Frühstück:	150 g Milch, 3 Zwieback
	2. „	300 g Schleim, Gries, oder Hafersuppe mit 30 g Butter, 1 Ei
	Mittags:	200 g Suppe wie 2. Frühstück, 200 g Kartoffelbrei mit 10 g Butter, 200 g Mondaminbrei, 1 Ei
	Nachmittags:	150 g Milch, 3 Zwieback
	Abends:	500 g Reis. Gries oder Haferbrei mit 10 g Butter, 20 g Zucksr, 1 Ei
13. Tag:	1. Früstück:	150 g Milch, 3 Zwieback
	2. „	300 g Gries- oder Haferschleim mit 30 g Butter, 1 Ei
	Mittags:	200 g Suppe wie 2. Frühstück, 40 g rohen gewiegten Schinken ohne Salz, 200 g Kartoffelbrei mit 10 g Butter, 200 g Mondaminbrei, 1 Ei
	Nachmittags:	150 g Milch, 3 Zwieback
	Abends:	500 g Reis, Gries, oder Haferbrei mit 10 g Butter, 1 Ei
14.u.15. Tag:	1.Frühst.:	150 g Milch, 3 Zwieback
	2. „	300 g Gries od. Reisschleim mit 20 g Butter mit Nudeln kochen
		100 g Weißbrot ohne Rinde, 20 g Butter ohne Salz, 1 Ei

	Mittags:	200 g Suppe wie 2. Frühstück,
		40 g rohen gewiegten Schinken ohne Salz
		200 g Kartoffelbrei, 1 Ei
	Nachmittags:	150 Milch 3 Zwieback
	Abends:	500 g Gries-Reis- oder Haferbrei mit 10 g Butter,
		20 g Zucker, 1 Ei
16.u.17. Tag:	1. Frühst.	150 g Milch. 3 Zwieback
	2. „	300 g Gries-Reis- od. Hafersuppe mit 30 g Butter, 1 Ei
		100 g Weißbrot ohne Rinde
	Mittags:	200 g Suppe. 200 g Nudeln mit 20 g Butter 40 g rohen gewiegten Schinken ohne Salz
	Nachmittags:	150 g Milch, 3 Zwieback
	Abends:	300 g Gries- od. Haferbrei mit 20 g Zucker
		200 g Kartoffelbrei, 1 Ei
18. Tag:	1. Frühstück:	150 g Milch, 1 Zwieback
	2. „	300 g Suppen, keine Hülsenfrüchte. keine Fleischbrühe, keine Fruchtsuppe
		150 g Weißbrot ohne Rinde, 30 g Butter, 1 Ei
	Mittags:	200 g Suppen wie 2. Frühstück, 50 g gewiegtes Kalb- Huhn od. Taube
		200 g Nudel mit 20 g Butter.
		200 g leichte Mehlspeisen, 1 Ei.
	Nachmittags:	150 g Milch, 1 Zwieback
	Abends;	200 g Griesbrei, 1 Ei
29.-22. T.	1. Frühstück:	150 g Milch, 50 g Weißbrot ohne Rinde, 20 g Butter
	2. „	300 g Suppen, keine Hülsenfrüchte, keine Fleischbrühe, keine Fruchtsuppe, 50 g Weißbrot ohne Rinde, 20 g Butter, 1 Ei.
	Mittags:	200 g Suppe, 200 g Nudeln, 200 g Pudding ohne Fruchtsaft, 100 g gewiegtes Fleisch (Kalb, Huhn od. Taube), 1 Ei.
	Nachmittags:	150 g Milch, 50 g Weißbrot.
	Abends:	200 g Kartoffelbrei, 300 g Gries-, Reis- oder Haferbrei mit 20 g Zucket, 1 Ei.
22.-27. T.	1. Frühstück:	150 g Milch, Milch, 50 g Weißbrot ohne Rinde. 20 g Butter.
	2. „	300 g Suppe, keine Hülsenfrüchte, keine Fleischbrühe, keine Fruchtsuppe, 50 g Weißbrot ohne Rinde, 20 g Butter, 1 Ei.
	Mittags:	200 g Suppen wie oben, 100 gr gew. Kalb, Huhn od. Taube, 100 g Gemüse (keine Rüben, kein Rettig, kein Rotkraut, kein Salat, kein Weißkraut, keine Karotten, keine Linsen), 200 g Kartoffelbrei, 1 Ei, leichte Mehlspeisen, Pudding ohne Fruchtsaft.
	Nachmittags:	150 g Milch, 50 g Weißbrot, 20 g Butter.
	Abends:	200 g Nudeln, 300 g Reis, Gries- oder Haferbrei mit 20 g Zucker, 1 Ei.

Medikamentös wurden Atropin und Novoprotin verordnet. Die Dauer der Anstaltsbehandlung betrug im Durchschnitt etwa 40 Tage. Sowohl die subjektiven Beschwerden als auch die Blutung, okkulte sowohl wie manifeste, schwanden in den meisten Fällen schon in den ersten Tagen der Ulcuskur, ein Umstand, der für die v. Bergmann'sche Umstimmungstheorie zu sprechen scheint

Während der Kur nahmen von den 59 Patienten 45 an Gewicht zu, 5 behielten des Anfangsgewicht, 7 nahmen an Gewicht ab und 2 Patienten wurden nicht gewogen. Alle Patienten nahmen

in den ersten Tagen der Kur ab, holten aber in der Mehrzahl des verlorene wieder auf (s. Seite 17). Wenn auch, wie Petrén ausdrücklich betont, das Verhalten des Körpergewichts während der Kur im allgemeinen ein Indikator für den günstigen Verlauf derselben ist, so darf doch nicht geschlossen werden, daß die Patienten ohne Gewichtszunahme mehr oder weniger hoffnungslose Fälle darstellen, die auf die interne Therapie nicht ansprechen. Mattisson konnte an Hand von Nachuntersuchungen nachweisen, daß bei diesen Fällen dieselben guten Dauerresultate erzielt wurden, wie bei den Fällen, wo sich schon während der Kur ein Ansteigen des Gewichtes bemerkbar gemacht hatte.

Von 40 bei der Umfrage ermittelten Patienten hatten nur 3 an Gewicht nach der Entlassung aus dem Krankenhause abgenommen. Bei diesen 40 wiedergefundenen Patienten lagen bei nur 2 Patienten ausgesprochene Misserfolge der Behandlung vor, sie wurden längere Zeit nach der bei uns durchgemachten Ulcuskur anderenorts mit Erfolg operiert. Gute Dauerresultate wurden bei den übrigen 38 Fällen erzielt. Von diesen 38 waren 27 als geheilt und 11 als gebessert zu bezeichnen, wenn man unter »gebessert« versteht, das nur Symptome geringfügiger Art wiederauftraten und die Arbeitsfähigkeit erhalten, bzw. erhöht war.

Wirsing, Nielsen und Mattisson fanden, daß die Prognose der guten Dauerresultate nach einer Ulcuskur abhängig sei von der Länge der Anamnese der Magengeschwürskrankheit. Sie fanden die besten Ergebnisse bei einer Anamnesenlänge von 0—1 Jahr, Mattisson errechnete 74.5 % gute Resultate. Unsere Statistik (s.S. 17) ist nicht groß genug, als daß wir sie zum Vergleich heranziehen könnten, jedoch ist auch bei uns der Prozentsatz der geheilten Fälle ebenfalls am größten bei Patienten mit kurzer Anamnesendauer. Besonders trifft dies zu für die Fälle mit Haematemesis; hier traten bei keinem einzigen nach der Entlassung wieder Magenbeschwerden auf.

Wenn wir uns bemüht haben, einen Beitrag über Erfolge der modernen Ulcustherapie zu liefern, so sei das keinesfalls so verstanden, daß wir die diätetische Therapie als die alleinige gelten lassen. In manchen Fällen ist der chirurgische Eingriff der internen Behandlung unbedingt vorzuziehen. Unumstritten ist die Indikation zur Operation bei nachgewiesener oder mit Wahrscheinlichkeit angenommener Perforation, bei Pylorusstenosen, wenn die Ulcuskur nicht zum Ziele geführt hat, und bei chronisch rezidivierenden, manifesten Blutungen. Durch Ulcuskuren nicht zum Stillstand kommende okkulte Blutungen machen die Operation erforderlich, weil die Wahrscheinlichkeit eines Carcinoms, selbst bei negativem Röntgenbefund, eine große ist.

Eine relative Operationsindikation kommt in Frage bei Fällen die trotz regelrechter Ulcuskuren noch an erheblichen Beschwer-

den leiden. Der Beschwerdekomplex, die Dauer, die Palpation und vor allem die röntgenologische Untersuchung müssen hier entscheiden; kann doch schon der Röntgenbefund ergeben, daß allein aus anatomischen Gründen nur ein chirurgischer Eingriff indiciert ist. Endlich muß zu den relativen Indikationen der chirurgischen Therapie auch die soziale gerechnet werden. Selbst bei recht kritischer Einstellung gegenüber der operativen Ulcusbehandlung, ihren erheblich verstümmelnden Methoden und ihren bekannten Nachkrankheiten und -Beschwerden muß zugegeben werden, daß es Fälle mit sozialer Indikation zur Operation insbesondere in der schwer arbeitenden Bevölkerung gibt: wenn solche Patienten, vor allem Männer, trotz mehrfacher regulärer interner Ulcuskuren immer noch oder wieder Beschwerden verspüren und zwar in einem solchen Maße, daß sowohl die Schmerzen und die Störungen des Allgemeinbefindens, als auch die notwendige kalorisch ungenügende Kostform die Arbeitsfähigkeit gefährden oder aufheben, darf man unter Umständen eine soziale Indikation zur Operation annehmen.

Zusammenfassung:

Es wird über 59 Fälle von Magengeschwür, die internistisch behandelt wurden, berichtet.

Die Häufigkeit des Ulcus im gesamten Krankenmaterial wird mit rund 1 % angegeben. Die größte Frequenz wird im 2. Lebensjahrzehnt beobachtet.

Die Ersterkrankung tritt am häufigsten im Alter von 20—25 Jahren auf.

Ein ursächlicher Zusammenhang von Ulcus mit vorausgegangenem Trauma wird in einem Falle nachgewiesen.

Der Wert der anamnestischen Erhebungen bei Ulcusverdacht wird hervorgehoben, ein Unterschied im anamnestischen Verlaufe zwischen blutendem und nicht blutendem Ulcus besteht nicht.

Bei Fieberbehandlung mit Pyrifer wurden gute Erfolge gesehen.

Die Heilungstendenz des Ulcus ist von der Anamnesendauer, nicht vom Alter der Patienten abhängig.

Auf Grund eigener guter Erfolge wird auf die Bedeutung der internen Ulcustherapie hingewiesen.

Am Schlusse der Arbeit, ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Curschmann für die Übernahme des Referats u. Herrn Priv. Doz. Dr. Kretschmer für die Überlassung des Themas u. die Unterstützung bei der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Alter bei der Aufnahme. (zu Seite 4)

Männer		Frauen	
Alter	Zahl der Fälle	Alter	Zahl der Fälle
0—15	0	0—15	0
15—20	2	15—20	2
20—25	15	20—25	11
25—30	4	25—30	3
30—35	5	30—35	4
35—40	4	35—40	0
40—45	1	40—45	2
45—50	1	45—50	0
50—55	1	50—55	3
55—70	1	55—70	0
Sa.	34		25

Alter beim ersten Auftreten der Symptome. (zu Seite 4)

	Männer.	Frauen.
Alter	Zahl der Fälle	Zahl der Fälle
0—15	0	0
15—20	6	3
20—25	15	12
25—30	2	3
30—35	7	3
35—40	2	0
40—45	0	1
45—50	1	1
50—55	1	1
55—60	1	0
Sa.	35	24

Anamnestische Übersicht der Fälle mit und ohne Blutung. (zu Seite 7)

	m. Blutung	o. Blutung	Haematemesis
Schmerzen 2 Std. u. mehr n. d. Essen	1	—	—
„ 1—2 „ „	8	8	1
„ 0—1 „ „	1	6	—
„ unabhängig	10	12	7
„ nicht vorhanden	4	3	4
Hungerschmerz	1	5	—
	Sa. 25	Sa. 34	
Erbrechen, typisches	10	16	1
„ nicht vorhanden	14	16	11
„ keine Angabe	1	2	—
	Sa. 25	Sa. 34	
Anderweitige Symptome	9	13	2
„ nicht vorhanden	12	15	10
Sodbrennen	4	6	—
	Sa. 25	Sa. 34	
Obstipation	11	14	4
„ nicht vorhanden	14	20	8
	Sa. 25	Sa. 34	
Appetit normal	14	19	5
„ herabgesetzt	9	8	2
„ keine Angabe	2	7	5
	Sa. 25	Sa. 34	
Periodizität	9	12	3
„ nicht vorhanden	16	22	9
	Sa. 25	Sa. 34	

Verhalten der Gesamtacidität und des Symptoms des lokalen Druckschmerzes. (zu Seite 8)

G. A.	80 oder mehr	8
„ „	60—80	17
„ „	40—60	16
„ „	20—40	10
„ „	0—20	2

Bei 6 Patienten wurden Säurewerte nicht untersucht.

	Lokaler Druckschmerz	36
Kein	„ „	23
	Sa.	59

Verhalten des Gewichtes während der Kur. (zu Seite 13)

Gewichtszunahme	45
Gewichtsabnahme	7
Anfangsgewicht behalten	5
Nicht gewogen	2
Sa.	59

Länge der Anamnese und Prognoseberechnung. (zu S. 13)

Krankheitsdauer	Gesund	Gebessert	Mißerfolge
0—1/2 Jahr	11	3	—
1/2—1 „	6	2	—
1—3 „	3	2	—
3—5 „	2	2	1
5—10 „	2	1	1
10—20 „	3	—	—
Sa. „	27	11	2

(—zu Seite 13—)

Von 40 diätetisch behandelten und durch Rundfrage wiederermittelten Patienten waren:

geheilt:	27
gebessert:	11
Mißerfolge:	2
Sa.	40

Literaturverzeichnis.

Bahn, K. u. Rüschen: Ueber Morbiditätsverhältnisse der Magen- und Duodenalgeschwüre und d. Dauererfolge ihrer internen Behandlung. A. f. Verdkrkh. Bd. 45 1929.

v. Bergmann: Ulcus pepticum (ventr., duod., je jun.) In Bergmann-Staehelin, Handb. d. Inn. Md. Bd. 3, 1926.

Boas, J.: Weitere Beiträge zur Lehre von den okkulten Magenblutungen. A. f. Verdkrkh. Bd. 8 1902.

Bolton, C.: Ulcer of the stomach. London 1913.

Borgbjaer, A.: Ulcus curv. min. ventr. A. f. Verdkrkh. Bd. 22 1916.

Cohnheim, P.: Die Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei organischen und spastischen Pylorus- und Duodenalstenossen u. deren Folgezuständen. Therapie d. Gegenw. 1902.

Crämer, Fr.; Das runde Magengeschwür. München 1910.

Cruveilhier, J.: Mémoire sur L'ulcere simple chron. de l'stomac Rev. Méd. francaise et étrangere, Tome 1 u. 3 1838.

Delmasure, P.: Enquete sur les Résultats loigneés du traitement médical de l'ulcere de l'estomac dans la clientele hosp. These de Paris 1909.

Derouet,: Etude sur l'ulcere simple de l'estomac de Cause traumatique. These de Paris 1879.

Edelmann, A.: Zur Kenntnis des Traumatischen Magengeschwürs. W.M.W. 1918.

Edinger, L.: Zur Physiologie und Pathologie des Magens Dtsch. Arch. klin. Med. Bd. 29, S. 566. 1881.

Faber, K.: Das chron. juxtapylorische Magengeschwür. Med. Klin 1913.

Faulhaber, M.: Zur Diagnose und Behandlung des chron. Ulcus pylori. Med. Münchener Woche. 1913.

Friedenwald, J.: A clinical study of a thousand cases of the stomach and duodenum. Amer. J. of med. Sciences, Augst 1913.

Götte, K. u. Peters, H.: Zur Frage der Heilungstendenz des Ulcus duodeni. Dtsch. Arch. Klin. Med. Bd. 171, H. 5.

Greenough, R. B.: u. E. P. Joslin: Gastric ulcer at the Massachusett general hospital. 1888—1898. Amer. J. of. med. Sciences. 1899.

Hart, C.: Erhebungen und Betrachtungen über das Geschwür des Zwölffingerdarmes. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 31. 1919.

Holler, G.:Kurze Bemerkungen zu Behandlung des chron. Magen- und Duodenalgeschwüres. Med. Klin. 1923.

Jackh,: Ueber einen Fall von traumat. Magengeschwür. A. fr klin. Chir., Bd. 66. 1902.

Jarotzky. A.: St. Petersburger med. W. 1911. Zit. Petren.

Jessen: Ein Fall von Ulcus ventricult traumaticum. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1900.

Joslin: s. Greenoughu. J.

v. Ziemssen, H.: Ueber die Behandlung des Magengeschwürs. Volkmanns Samml. Klin. Vorträge, Nr. 15. 1871.

Kalk, H.: Erfahrungen mit der Proteinkörpertherapie des Ulcus ventriculi und duodeni Klin. Woch. 1923.

„ „ : Die Therapie des Uicus ventriculi und duodeni. Klin. Woch. 1928.

„ „ : Das Ulcas der Jugendlichen. Z. Klin. Med., Bd. 108. 1928.

„ „ : Magen- und Duodenalgeschwür. In der Neuen Deutschen Klnik, herausgegeben von G. und F. Klemperer. Belin und Wien 1930.

Katsch, Gerhardt: In Handbuch der inneren Medizin, herausgegeben v. Bergmann und Staehelin III: 1. Berlin 1926.

Kemp, Sk.: Kliniske Undersogelser over Ventriklens Tomningsforhold. Kobenhavn 1909.

„ „ : Ulcus chron. juxtapylorium, dets Diagnose og Behandlung. Foredrag ved den 8. nordeske Kongres for indv. Midicin. 1913.

„ „ : Diagnosen og Behandlungen av det kroniske Mavesaar. Bibl. for Laeger 1922.

Kroenlein: Traumatische Magengeschwürn. Centralbl. f. d. Grenzgeb., Bd. 4. 1899. Zit A. Groß 1902.

Krogius, Ali: Om mag och duodenalsarets kirurgiska behandling. Finska läkaresallskapetz handlingar, Bd. LXI. 1919.
Kussmaul: Über die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittels der Magenpumpe. D. A. f. klin. Med. 1869.
Lehmann, H.: Ein Beitrag zur Frage der Frequenz und Lokalisation des Ulcus peptikum ventriculi et duodeni. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 39. 1926.
Lenhartz: Verhdl. d. Congresses f. inn. Med., Bd. 20. 1902. Zit. Petrén 1913
„ : Eine neue Behandlung des Ulcus ventriculi. D.m.W. 1904.
Leube, W.: Die Krankheiten des Magens und Darms. In v. Ziemssens Handbuch der spec. Pathologie und Therapie, VII: 2. Leipzig 1876.
v. Leube, W.: Ein Fall von Ulc. ventr. traumaticum. Centralbl. f. klin. Med. 1886.
:Über die Erfolge der internen Behandlung des peptisch Magengeschwürs und die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen in dieselbe. Mitt. a.d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 2. 1897.
Mattisson, K.: Das Magengeschwür, eine ätiologische und klinische Untersuchung mit besonderer Bezugnahme auf den weiteren Verlauf der Krankheit. Berlin N 24 Friedrichstraße 105 B
Morawitz, P.: Zur Therapie des Magengenschwürs. Betrachtungen und Ergebnisse Münch. med. Woch. 1925.
Moynihan, B.G.A.: On duodenal ulcer and its surgical treatment. Lancet 1901,II.,p.1656
Musa, Georg: Erhebungen und Betrachtungen über das Geschwür des Zwölffingerdarmes A.f. Verdkrkh., Bd. 29. 1922.
Musser: The medical vz. th. surgical treatment of gastric ulcer. Amer. J. of med. Sciences. 1907.
Oberndorffer: Über die Häufigkeit des Ulcus ventriculi rotundi. Münch. med. Woch. 1909.
Pawlow, I.: Die äußere Arbeit der Verdauungsdrüsen und ihr Mechanismus. Nagels Handbuch, Bd. 2. Braunschweig 1907. Zit. Petrén 1913.
Petit, Ch.: L'ulcére traumatique de l'estomac. Thése de Paris 1913 L'ulcére taumatique de l'estomac. Revue générale. Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég., IV Sér., Tom. 21 Paris 1914
Petrén, K.: A propos du diagnostic et du traitement de l'ulcére de l'estomac. A.des mal. de l'app. digest. et de la nutrition. 1913.
Pribram, B. O.: Parenterale Reizbehandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. Med. Klin. 1922.
Raneletti: L'ulcera traumatica dello stomacho. Zit. Petit 1913.
Richadiére: Ulcére traumatique de l'estomac. Union médicale LIX, p. 183. 1895. Zit. Petit 1914.
Rütimeyer, B.: Magenblutungen. In Kraus u. Brugsch: Spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten, Bd. V: 1 Berlin u. Wien 1916.
Schmidtgall, E.: Ätiologisch-statistische Betrachtungen über Ulcus ventriculi. Diss. Leipzig 1913.
Sippy, B.W.: Handbook of practical treatment ed. by Musser and Kelly. Vol.III.1911.
Strauß, H. Interne oder chirurgische Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs (Von Prof. Dr. H. Strauß in Berlin). Kritisches zur Behandlung des Magengeschwürs. Med. klin. 1911. Die Diätbehandlung des Magengeschwürs. Jahreskurse f.ärtzl. Fortbildung, Aug. 1912.
Ulkusdiathese und Behandlungsgrundsätze bei Magen und Duodenalgeschwüren. Ther. d. Gegenw. 1922.
Theile, Paul: Über Geschwürsbildungen des Gastro-Duodenaltractus im Kindesalter, Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. 16. 1918
Thiem, C.: Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuttgart 1909—1910 Bd. II. 2.
Thoinot: Les accidents du traveil et les affections médicales traumatques. Paris 1904 Zit. Petit 1914.
Torné, L.: Etude sur l'ulcére simple de l'estomac d'orgine traumatipue Pathogénie. Thése de Toulouse 1894.
White, Franklin, W.: The medical treatment of ulcer of the stomach. Amer. J. of the med. Sciences, Bd. 173. 1927.
Wirsing, E.: Zur Diagnostik und Behandlung des Magengeschwürs. A. f. Verdkrkh., Bd 11. 1905.

Lebenslauf.

Am 27. 8. 1905 bin ich, Hans Hugo Fischer, in Naumburg an der Saale geboren als Sohn des Oberstudiendirektors, Geheimrats Hugo Fischer. Ich besuchte und absolvierte das Realgymnasium zu Naumburg/S. und trat 1923 in die Kriegsmarine ein. 1926 nahm ich als Fähnrich z. See den Abschied, um mich dem Studium der Medizin zuzuwenden. Studiert habe ich in Jena, Rostock, München und Leipzig. Das Physikum bestand ich nach 4 Semestern, das Staatsexamen nach 10 Semestern in Rostock.

Vom 1. Juni 1931 war ich an der Dermatologischen Universitätsklinik in Rostock, vom 1. August 1931 bis 1. Januar 1932 am Franziskuskrankenhaus in Flensburg und vom 1. Januar 1932 bis zum 1. Juni 1932 an der Internen Abteilung des Landkrankenhauses Detmold als Medizinalpraktikant tätig. Seit dem 1. Juli 1932 bin ich als Assistent der Chirurgisch-Gynäkologischen Abteilung des Johanniterkrankenhauses der Altmark in Stendal beschäftigt.